



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALESSANDRA VIEIRA
GABRIELE BADE
MANUELA MARQUEZ

MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2001 A 2005:
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Florianópolis - SC
2011

ALESSANDRA VIEIRA

GABRIELE BADE

MANUELA MARQUEZ

**MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERIODO DE 2001 A 2005:
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina INT5162 Estágio Supervisionado II da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial à obtenção do título de Graduado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Bettina Camargo Bub


Florianópolis - SC
2011


Alessandra Vieira
Gabriele Bade
Manuela Marquez


**MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO
DE 2001 A 2005: IMPLICAÇÕES PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora







Florianópolis, 07 de julho de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

É UM TRABALHO DE MÉTODO QUANTITATIVO, DO TIPO EXPLORATÓRIO DESCRITIVO SOBRE MORBIMORTALIDADE EM UTI E AS IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

COMO SE TRATA DE UM TRABALHO DE PUBLICAÇÃO, FOI ODM-PLATA O TRABALHO REALIZADO PELAS ENFERMEIRAS JULIANA KWS-QUIST E TÂNIA FRAIS PEREIRA, FOI POSSÍVEL COMPLETAR A SÉRIE HISTÓRICA DE DOZ ANOS - 2001 A 2010.

OS DADOS FORAM COLETADOS DE FONTE SECUNDÁRIA - LIVRO DE REGISTROS DA UTI - DURANTE O PERÍODO DE 2001 A 2005, TOTALIZANDO 2767 PACIENTES.

A ANÁLISE FOI REALIZADA POR MEIO DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA E OS RESULTADOS FORAM APRESENTADOS POR MEIO DE TABELAS E GRÁFICOS. AS VARIÁVEIS ESTUDADAS FORAM: SEXO, IDADE, MOTIVO DE INTERNAÇÃO, TEMPO DE PERMANÊNCIA, TURNO DE INTERNAÇÃO E TIPOS DE MTA, CAUSAS DE ÓBITO.

OS RESULTADOS CORRESPONDEM AOS SUBSÍDIOS PARA AJUSTAR AS DIVERSAS ETAPAS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E GERAR O CUIDADO EM UTI.

É UM EXCELENTE TRABALHO TANTO DO PUNTO DE VISTA FORMAL, QUANTO DE CONTEÚDO.

[Assinatura]
ORIENTADORA

AGRADECIMENTOS

À Deus

Por estar presente em nossas vidas, através de nossa fé, nos fortalecendo quando precisávamos e nos dando a alegria para chegarmos até aqui.

Aos nossos pais

Maria Eliane e Amauri Vieira; Eliana e Rui Bade; Sandra e Cesar Marquez, por proporcionarem as nossas vidas, por estarem ao nosso lado nos dando carinho, apoio, acreditando em nossos potenciais, encorajando-nos quando tínhamos medos e inseguranças, passando os seus valores para que escolhêssemos o melhor caminho para nossas vidas.

A todos os nossos familiares

Irmãos, avós, tios e primos pelo carinho que sempre nos dedicaram e pelo apoio que nos deram neste período de nossas vidas.

Aos namorados

Jean e Murillo por todo amor, apoio, carinho e força que nos ofereceram neste caminho, sendo companheiros de todos os momentos sempre nos incentivando a prosseguir nesta jornada.

Aos pacientes

Por contribuírem com o desenvolvimento de nossa formação profissional.

A UFSC

Por ter nos possibilitado as oportunidades de aprendizado, realizando assim o nosso sonho.

A nossa orientadora

Profª Dra. Maria Bettina de Camargo Bub, por sua dedicação na orientação deste estudo, contribuindo com suas idéias, seus conhecimentos e nos estimulando a desenvolver nossa independência. Por nos receber sempre com suas palavras que nos

transmitiam tranquilidade e a certeza que iríamos atingir nossos objetivos. Obrigada pelo incentivo a busca de inovações e conhecimentos científicos.

Ao bibliotecário Carlos Alberto Leal da Costa

Pelo tempo dedicado e ajuda indispensável.

Banca examinadora

Maria de Lourdes Souza e Francisca Inácia Leal de Carli, pelas sugestões, contribuindo para a melhoria do nosso trabalho.

Aos nossos supervisores do HGCR

Enfermeiras Clarice da Luz, Koerich, Anete D. Virtuoso, Francisca de Carli, Helga Regina Bresciani, Lúcia Marcon, Joice Menezes e os enfermeiros Andrey Teixeira e Júlio C. Azevedo, por nos receberem e nos repassarem os seus conhecimentos e experiências, nos incentivarem a buscar fundamentação teórica para a nossa prática e por nos mostrarem que podemos realizar uma enfermagem humanizada.

À equipe multiprofissional do Hospital Governador Celso Ramos

Pelos ensinamentos e momentos de descontração, fazendo com que nos sentíssemos parte da equipe. Em especial aos técnicos e auxiliares de enfermagem que nos recebiam em todos os períodos com um sorriso e com disposição para nos ajudar em nossas dificuldades, contribuindo também para nosso aprendizado enquanto líderes de equipe.

E a todos

Que contribuíram direta e indiretamente com nosso estudo, o nosso agradecimento.

Lista de Figuras

- Figura 1** – Distribuição das pessoas internadas segundo sexo em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....37
- Figura 2** - Distribuição das pessoas internadas segundo grupo etário em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....38
- Figura 3** - Morbidade das internações por categoria CID-10, na UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....44
- Figura 4** – Morbidade das internações por categoria CID-10, na UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....46

Lista de Quadros

Quadro 1 - Distribuição das pessoas internadas segundo grupo etário e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....	39
Quadro 2 - Distribuição das pessoas internadas segundo a procedência e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....	40
Quadro 3 - Distribuição das pessoas internadas segundo o tempo de permanência, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....	41
Quadro 4 - Distribuição das pessoas internadas segundo o turno da internação e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....	43
Quadro 5 - Distribuição das pessoas internadas segundo turno de saída, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, da UTI. Florianópolis (SC).....	43
Quadro 6 - Distribuição das pessoas internadas, segundo o tipo de alta, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....	45
Quadro 7 - Causas de óbito das pessoas internadas, por categorias da CID-10 e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).....	47
Quadro 8 - Óbitos, por sexo e grupo etário, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, Florianópolis (SC).....	49

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVOS	14
2.1.OBJETIVO FINAL	14
2.2.OBJETIVOS INSTRUMENTAIS	14
3.REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1.MORBIMORTALIDADE	15
3.2.CUIDADO DE ENFERMAGEM	15
3.3.SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	16
4. MÉTODO	20
4.1.TIPO DE ESTUDO	20
4.2.LOCAL DA PESQUISA	20
4.3.SUJEITOS DA PESQUISA	21
4.4.COLETA DE DADOS	21
4.5.ANÁLISE DOS DADOS	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
5.CRONOGRAMA	23
6.RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2001 A 2005: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	25
7.CONCLUSÃO	50
8.REFERÊNCIAS	51
9.APÊNDICES	55

1.INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área crítica⁸ destinada à internação de pacientes graves⁹. Para dar conta de tal empreendimento as UTIs contam com recursos humanos e tecnológicos especializados, o que as torna as unidades mais complexas e do sistema de saúde.

Segundo Marcon (2002) as UTIs surgiram a partir da necessidade de cuidar de pacientes em estado crítico e potencialmente recuperáveis.

Desde que as unidades de cuidados críticos foram abertas, nos anos 1960, ocorreram avanços tecnológicos importantes, acompanhados por uma explosão de conhecimentos no campo da enfermagem de cuidados críticos. Consequentemente as enfermeiras de cuidados críticos do século 21 estão rotineiramente cuidando de pacientes complexos, crítica ou gravemente doentes. Isto é o resultado da integração de uma tecnologia sofisticada com os desafios psicossociais e conflitos éticos associados à doença crônica que, ao mesmo tempo, dirige-se para as necessidades e preocupações dos familiares e de outras pessoas significativas na vida do paciente (MORTON *et al*, 2007, p. 3-4)

De acordo com a RDC n° 7 de 24 de fevereiro de 2010 as UTIs são o principal componente do ambiente de atendimento à saúde, na medida em que os hospitais têm recebido cada vez mais pessoas em condição grave de saúde (RDC N°7, 24 de fevereiro 2010).

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde do Brasil N° 3432/GM de 2 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União n° 154, as UTIs são classificadas segundo faixa etária em: neonatal, pediátrica e adulta.

As UTIs Neonatais atendem recém-nascidos com idade entre 0 e 28 dias; as pediátricas atendem crianças a partir de 28 dias até 14 ou 18 anos, dependendo das necessidades de cada região e das normas institucionais; as UTIs para adultos, por sua vez, atendem pessoas com idade acima de 18 anos.

Outra classificação do Ministério da Saúde refere-se às especificidades. Conforme este critério, as UTIs dividem-se nos níveis I, II e III. A partir da vigência da

⁸ “[...] área na qual existe o risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microorganismos de importância epidemiológica.” (RDC N° 7, 24 de fevereiro de 2010)

⁹ “[...] paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua.” (RDC N° 7, 24 de fevereiro de 2010)

Portaria Nº 3432/GM de 2 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 154, todas as UTI's cadastradas pelo SUS passaram a ser classificadas como nível I.

A equipe básica que compõe uma UTI de nível II deve contar com um médico diarista/rotineiro para cada dez leitos ou fração nos turnos, matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI - Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal; médicos plantonistas: um para cada dez leitos ou fração, em cada turno; Enfermeiros assistenciais: um para cada oito leitos ou fração, em cada turno; Fisioterapeutas: pelo menos um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; Técnicos de enfermagem: no mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; Auxiliares administrativos: pelo menos um exclusivo da unidade; Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno (BRASIL, p.3, 2010).

O hospital que comporta uma UTI de nível II deve conter os serviços de ultrasonografia, *eco-Doppler*, laboratório de análises clínicas e agência transfusional, todos disponíveis 24 horas do dia. Deve ainda contar com laboratório de microbiologia, aparelho de raios-X móvel, terapia renal substitutiva, serviço social, serviço de psicologia e serviço de nutrição parenteral e enteral (BRASIL, 1998).

Por sua vez, as UTIs de nível III devem contar, além dos profissionais mencionados na classificação de nível II, com um médico plantonista para cada dez pacientes, dos quais pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; acesso ao serviço de reabilitação. Estas UTI's devem também fornecer todos os serviços mencionados nas unidades de tipo II, e tomografia axial computadorizada, anatomia patológica, estudo hemodinâmico, angiografia seletiva, fibrobroncoscopia e ultra-sonografia portátil (BRASIL, 1998).

Sabe-se que existe na UTI uma elevada carga de trabalho devido à internação de pacientes sujeitos às constantes alterações de seus sistemas vitais e iminente risco de morte, os quais requerem assistência complexa, atenção ininterrupta e tomada de decisão imediata (INOUE E MATSUDA, 2009).

A Resolução COFEN 293/2004 estabelece que o total de horas de enfermagem é igual ao somatório das horas necessárias para assistir os clientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi - intensivos e intensivos. Conforme esta mesma resolução, um paciente de cuidados intensivos é aquele em condição grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, e que necessita de assistência especializada e permanente. Deste modo, para atender tal demanda é preconizado 17,9 horas de assistência intensiva de enfermagem por paciente.

Na UTI em questão, após realizado o cálculo de dimensionamento de pessoal de acordo com a Resolução COFEN 293/2004, observou-se que o número de profissionais de enfermagem é adequado pois o necessário segundo esta resolução são 36 funcionários e esta UTI apresenta um quadro de pessoal que conta com 38 pessoas. No entanto, a proporção de enfermeiros e técnicos de enfermagem não está de acordo com a Resolução já que atualmente a porcentagem de enfermeiros na UTI estudada é de 23,68%, enquanto o COFEN estabelece que 52 a 56% devem ser enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

O cuidado de enfermagem torna-se completo a partir do momento em que o registro de sua produção é realizado. Este planejamento e processo de registro são denominados Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Que auxilia os profissionais a prestarem uma assistência de boa qualidade e integral aos pacientes, pois é o registro e o tratamento estatístico dos dados que fornecem a fundamentação para o planejamento da assistência de enfermagem, afinal esta é uma tecnologia de cuidado impossível de se desvincular do processo de cuidar assistencial e gerencial.

No início da enfermagem moderna, com Florence Nightingale, a assistência caracterizava-se por um método empírico, fundamentado na lógica, valorizando práticas como a observação, a experiência e o registro de dados. (Alvarez, Meirelles, Anders, Amante, 2009).

Ainda, para Horta (1971) apud Bub e Liss, (p. 24, 2006):

“[...] o enfermeiro deve voltar às suas origens profissionais, isto é, assistir o indivíduo, família ou comunidade no atendimento de suas necessidades básicas, mas agora utilizando seu método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundamentada no empirismo, no ‘eu acho’, no atendimento somente da execução de ordens médicas ou de cuidados rotineiros; sem perspectiva de desenvolvimento, e, o que é mais grave, sem atender realmente as necessidades do paciente, família ou comunidade.”

A SAE é entendida como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever e explicar como o paciente responde aos problemas de saúde e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (GARCIA E NÓBREGA, 2000).

Segundo a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e a resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 358/2009, a SAE se tornou atividade privativa do profissional enfermeiro. E para que ela seja realizada de maneira efetiva, precisamos dispor de recursos humanos e materiais condizentes com a necessidade do serviço.

Este estudo tem como proposta dar continuidade a coleta de dados que as enfermeiras Juliana Mesquita e Tâmilis Frois iniciaram em seu Trabalho de Conclusão de Curso no ano de 2010. Elas realizaram a caracterização do perfil de morbimortalidade, e discutiram suas implicações para o cuidado de enfermagem da mesma UTI, levando em consideração os dados coletados do período entre 2006 e 2010.

Portanto, ao final da atual coleta de dados, conformaremos uma série histórica de dez anos, que ampliará as discussões relacionadas aos motivos de internação, alta e óbito e sua sistematização da assistência de enfermagem e o conhecimento.

A partir do exposto esperamos contribuir para a reflexão sobre as implicações para o cuidado intensivo realizado pela equipe de enfermagem e para alcançar tal finalidade este estudo teve o propósito de responder, de maneira ampliada, a seguinte questão:

Quais implicações para o cuidado de enfermagem que decorrem das características sócio-demográficas e epidemiológicas das pessoas internadas em UTI?

2.OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO FINAL

Apresentar as características sócio-demográficas e epidemiológicas de pessoas internadas em UTI e as implicações para o cuidado de enfermagem.

2.2.OBJETIVOS INSTRUMENTAIS

Descrever as características sócio-demográficas de pessoas internadas em UTI;

Descrever as características epidemiológicas (morbidade, mortalidade, tempo de internação, tipos de alta) de internação em UTI;

Comentar as implicações para o processo de cuidado de enfermagem em UTI.

3.REVISÃO DE LITERATURA

3.1.MORBIMORTALIDADE

Métodos estatísticos contribuem de forma direta para o conhecimento de realidades distantes ou ausentes, que quando reconhecidas, tornam-se pensáveis e, por isso, governáveis. As estatísticas de saúde como instrumentos a serem utilizados no planejamento bem como na execução e avaliação de atividade de saúde têm grande relevância. A análise das informações de saúde disponíveis é imprescindível, não só para as decisões governamentais e coletivas, como também para o espaço individual de atuação dos profissionais, no caso, enfermeiros e enfermeiras (SOUSA *et al*, 2009).

“[...] conhecer o perfil de morbimortalidade possibilita, aos planejadores e executores de políticas públicas, definir com bases concretas as ações que devem ser prioritárias a fim de contemplar a prevenção e a assistência aos doentes, além de permitir realizar avaliações das ações implementadas que podem ter impacto sobre as doenças e as causas de morte.” (SOUSA *et al*, 2009)

3.2.CUIDADO DE ENFERMAGEM

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Implica colocar-se no lugar do outro, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro no que se refere às situações especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde, e a própria morte (SOUZA, *et al*, 2005).

Cada ser humano é único, e, portanto, um bom cuidado é individualizado, solidário, justo e digno. Cuidar em enfermagem consiste em realizar esforços, de um ser humano para outro, visando promover, proteger e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a resignificarem suas vidas a partir da doença, do sofrimento e da dor. Segundo Morton *et al* (cap. 4, 2007), pacientes e familiares esperam que os cuidados sejam empreendidos com base na melhor evidência de resultados cientificamente comprovados.

Considerando que a UTI é um ambiente complexo, os recursos tecnológicos devem ser vistos como mediadores, favorecendo e aprimorando o cuidado ao paciente crítico. A forma como a enfermagem lida com tais recursos é que propicia preservar a

sua vida ao usar da tecnologia além do cuidado humano, estabelecendo como prioridade uma atenção holística do paciente e sua família. Portanto, o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva faz com que o paciente e a família se sintam mais acolhidos e seguros para enfrentar de maneira positiva um momento difícil da vida (DIAS, SOUZA, BARÇANTE E FRANCO, 2009).

Por muitas vezes, a tecnologia presente em UTI cega, e limites entre o ser humano e a máquina deixam de ser estabelecidos. As tecnologias auxiliam nas ações de cuidar, mas nunca substituem o profissional da saúde, pois o estar perto, tocar e interagir traz resultados terapêuticos.

Lanzillotti e Figueiredo (2002) apud Alcântara, Shiratori e Prado, confirmam a partir de um estudo realizado “que os cuidados ofertados à clientes em CTI’s, se considerados os aspectos que envolvem sensibilidade para com o outro e a subjetividade humana, pode ser um cuidado terapêutico se começarmos a medir as respostas destes no corpo do cliente”.

3.3.SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência varia a partir da organização sistemática de conceitos e suas inter-relações, como por exemplo, sociedade, ambiente, ser humano, enfermagem e agravos à saúde. (Alvarez, Meirelles, Anders, Amante, 2009).

Para que seja prestada uma Assistência de Enfermagem efetiva, onde o paciente e a família tenham suas necessidades atendidas é necessário que os profissionais tenham consciência dos conceitos e implicações do cuidado.

O processo de enfermagem é uma forma organizada de cuidado ao paciente, que segue passos pré-estabelecidos e organizados, é considerado a base de sustentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e tem como uma das principais características o dinamismo entre suas fases. De uma maneira geral, estas fases compreendem a identificação de problemas de saúde, os diagnósticos de enfermagem, o planejamento para o cuidado, a implementação e a avaliação das ações prestadas (BENEDET E BUB, 2001).

Em 2009 o Conselho Federal de Enfermagem, define na Resolução COFEN 358/2009 que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é:

“[...] atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.” (COFEN 272/2002)

A SAE deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente, devendo ser composta por: coleta de dados (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; avaliação de enfermagem (COFEN 358/2009).

O modelo de SAE que apresentamos a seguir é uma adaptação das etapas da sistematização da assistência de acordo com a Resolução do COFEN 358/2009, da pucproposta de Benedet e Bub (2001) e Wanda Horta (1979):

3.3.1.Coleta de Dados (Histórico de Enfermagem)

O histórico de enfermagem, segundo Resolução COFEN 358/2009, é um processo realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, de maneira sistemática e contínua, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família e coletividade humana, bem como suas respostas no processo saúde e doença.

Para sua realização utiliza-se preferencialmente a entrevista informal, valendo-se de técnicas úteis como a observação e o exame físico, que é constituído de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Para que a coleta de dados realizada seja eficiente e eficaz é necessário que o enfermeiro ou enfermeira tenha alguns pré-requisitos: conhecimento científico, referencial teórico filosófico e habilidades que irão formar o corpo de conhecimentos da enfermagem (BENEDET E BUB, 2001).

3.3.2.Diagnóstico de Enfermagem

Para Horta (1979), os diagnósticos compreendem a segunda fase do processo de enfermagem, onde os dados colhidos são analisados, identificando os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem.

Ainda, segundo Resolução COFEN 358/2009, o diagnóstico de enfermagem é um processo de agrupamento e interpretação dos dados coletados, culminando com a tomada de decisão acerca de conceitos diagnósticos, constituindo a base para as intervenções pelas quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

O diagnóstico de enfermagem aumenta a autonomia dos enfermeiros e enfermeiras provendo o foco da ciência clínica (prática) da enfermagem, bem como referenciando o desenvolvimento das ações, ofertando as possibilidades para as conclusões do raciocínio clínico, exigindo o exercício do julgamento clínico e possibilitando a exposição de parte do trabalho realizado pelos enfermeiros. (CRUZ, 1997 *apud* BENEDET e BUB, 2001).

3.3.3.Planejamento de Enfermagem

Para Bub e Liss (2006), esta etapa é predominantemente intelectual, exige experiência, conhecimento e sensibilidade, e nela serão determinadas estratégias de ação de enfermagem com o intuito de reunir as condições para satisfazer necessidades da pessoa, família ou grupo social, reajustando as respostas humanas inadequadas identificadas no processo anterior, para que não haja prejuízo da saúde e do estar bem, enquanto os resultados vão sendo avaliados simultaneamente às intervenções.

O planejamento é a determinação dos resultados esperados e das intervenções de enfermagem que serão realizadas a partir das respostas identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (Resolução COFEN nº 358/2009).

3.3.4.Implementação

Após o planejamento das ações, as estratégias de ação são documentadas por meio dos registros das orientações realizadas. Estes registros devem conter data e hora, ser escritos utilizando verbos no infinitivo, indicando de maneira clara as ações a serem realizadas, e estar assinadas pelo enfermeiro ou enfermeira que os realizou.

Da capacidade de planejamento dos enfermeiros e enfermeiras depende o sucesso da intervenção de enfermagem (BENEDET e BUB, 2001). O cuidado individualizado e a capacidade de comunicação com os demais membros da equipe são relevantes também para a eficácia das intervenções.

A realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem cabe ao enfermeiro ou enfermeira, segundo Resolução COFEN nº 358/2009.

3.3.5.Avaliação de Enfermagem

Para Benedet e Bub (2001) a avaliação é a última etapa do processo de enfermagem e pode ser definida como a verificação das mudanças na situação de saúde do cliente, conseqüente às ações de enfermagem.

A avaliação de enfermagem deve determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificar a necessidade de possíveis mudanças ou adaptações que permeiam todas as etapas do Processo de Enfermagem (Resolução COFEN nº 358/2009).

4. MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDO

É uma pesquisa de método quantitativo, do tipo exploratório descritivo, sobre as causas de internação e óbito em UTI.

Uma pesquisa quantitativa é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis, na qual os elementos básicos de análise são números, sendo que quanto maior for o período de tempo analisado mais confiáveis serão os resultados apresentados (MORESI, 2003, p. 64 - 72).

Um estudo exploratório busca desenvolver uma imagem mental do que está ocorrendo, ou seja, neste caso, as causas de internação e óbito na UTI. Pesquisas desta natureza são descritivas e tem entre seus propósitos apresentar informações básicas sobre contexto da unidade de estudo. (NEUMAN, 1997, p.20).

Para Neuman (1997, p. 20) um estudo descritivo busca: prover o perfil acurado de um grupo; descrever um processo, mecanismo, ou relacionamento; definir um quadro verbal ou numérico (percentual); encontrar informações para estimular novas explicações; criar um conjunto de categorias ou classificação de tipos (tipologia); clarificar uma sequência, conjunto de estágios ou etapas e documentar informações que contradizem crenças anteriores sobre o tema ou questão.

A pesquisa exploratória resulta em dados que associados a argumentos teóricos são transformados em informações e, neste estudo servirão de base para apresentar as implicações para o cuidado de enfermagem.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Governador Celso Ramos, localizado na cidade de Florianópolis – SC. Este hospital integra à rede de hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS, mas sua gestão administrativa é vinculada ao governo do estado de Santa Catarina. São 22.000m² de área construída, 184 leitos ativados. O Hospital está preparado para prestar atendimento de emergência, ambulatorial, internação e cuidado intensivo no contexto do estado de Santa Catarina.

Desde sua fundação em 1966, foram atendidas cerca de 185 mil pessoas; com uma média de 300 atendimentos por dia na emergência e 648,4 internações/mês.

O Hospital Governador Celso Ramos é centro de referência em Neurotraumatologia para todo Estado de Santa Catarina. Ao longo de seus quase 45 anos de existência tem prestado assistência de saúde à população, incluindo várias tecnologias para diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde. (SAÚDE, 2009).

A UTI do Hospital Governador Celso Ramos está instalada no terceiro andar; no mesmo andar em que estão localizados o centro cirúrgico, uma unidade laboratorial, e o centro de materiais e esterilização. Possui 14 leitos, dentre os quais, dois são de isolamento. Conta com dois enfermeiros e sete enfermeiras, 29 profissionais responsáveis pelo serviço técnico/auxiliar de enfermagem, duas funcionárias responsáveis pela escrituração e, três profissionais responsáveis pela limpeza.

A UTI é classificada como nível II, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do ano de 2010. Porém, esta UTI conta com alguns dispositivos classificados como nível III, dentre eles a ultrassonografia portátil.

4.3.SUJEITOS DA PESQUISA

As informações coletadas dizem respeito à pessoas do sexo feminino e masculino, desde jovens até idosos, que foram internados na UTI do Hospital Governador Celso Ramos no período compreendido entre janeiro do ano de 2001 e dezembro do ano de 2005.

4.4.COLETA DE DADOS

Os dados coletados referem-se ao período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005 e foram obtidos através do livro de registros da UTI, onde estão anotados: horário e data internação, nome do paciente, número de registro, diagnóstico médico, procedência, idade, data e horário de alta, transferência ou óbito, e organizados em planilhas do Excel armazenadas nos computadores das pesquisadoras.

Como estes dados foram registrados pelos profissionais da UTI durante o período de 2001 a 2005, não sendo portanto controlados pelas pesquisadoras, caracterizando fonte secundária.

Vale salientar que, no período de abril a outubro de 2005 o espaço físico da UTI houve uma reforma e a UTI passou a funcionar no local onde atualmente encontra-se a Unidade Semi-Intensiva. Durante este período, a UTI funcionou com apenas 10 leitos por falta de espaço para a alocação dos ventiladores mecânicos.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Foram adotados procedimentos da epidemiologia descritiva, ou seja, um evento é descrito a partir da separação das suas frequências segundo atributos da população em termos quantitativos (PEREIRA, 1995). Com suporte da epidemiologia são reunidos, classificados e sistematizados conhecimentos. A epidemiologia também serve como instrumento de predição de eventos relacionados à saúde da população. Por isto mesmo é um suporte valioso para o planejamento da saúde e também do cuidado de enfermagem.

Os dados foram sistematizados utilizando frequência absoluta e relativa, e apresentados em tabelas e gráficos, por meio de planilhas do Microsoft Office Excel 97-2003®. A casuística e a letalidade foram classificadas de acordo com os grupos de causa registrados na 10ª. Classificação Internacional de Doenças – 10ª. CID.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo com dos dados secundários. Mas, o projeto seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR).

O anonimato dos envolvidos e a confidencialidade dos dados obtidos estão preservados, sendo a coleta de dados iniciada somente após a obtenção da autorização do Comitê de Ética do Hospital.

5.CRONOGRAMA

Atividades	NOV	DEZ	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL
Elaboração do Pré-Projeto	X	X					
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	
Aprovação Comitê de ética com seres humanos				X			
Coleta de Dados				X	X		
Organização dos dados coletados				X	X		
Análise dos Dados					X	X	
Elaboração do artigo: resultados da pesquisa						X	X

6.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do Relatório da Pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC como descrito no plano de ensino da 8ª fase, serão apresentados em forma de artigo, sendo este redigido de acordo com as normas da ABNT e seguindo as orientações de um periódico de escolha das acadêmicas e orientadoras com vista à publicação da pesquisa.

MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2001 A 2005: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Alessandra Vieira¹

Gabriele Bade¹

Manuela Marquez¹

Maria Bettina Camargo Bub²

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Enfermeira, Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NEFIS. *E-mail:* betinabub@gmail.com Endereço: Caminho dos Açores, 1770 – Santo Antônio de Lisboa, Cep: 88050 - 300 – Florianópolis/SC.

RESUMO:

A UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que conta com recursos humanos e tecnológicos especializados e com uma explosão de conhecimentos no campo da enfermagem. Possui uma elevada carga de trabalho para os profissionais atuantes nesta unidade, exigindo atenção ininterrupta e tomada de decisão imediata. Com Florence Nightingale, a assistência de enfermagem passou a ser fundamentada na lógica, valorizando práticas como a observação, a experiência e o registro de dados. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva com o objetivo de analisar as implicações para a enfermagem a partir da casuística de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, apresentando as implicações para o cuidado de enfermagem. Os dados foram obtidos do livro de registros e organizados segundo as variáveis: sexo, idade, tempo de permanência e tipos de alta, e apresentados em tabelas e gráficos de frequências. A maioria das internações foi no período entre 13 a 19 horas por causa da avaliação clínica direcionada para a alta dos pacientes internados no hospital que em geral é realizada pela manhã, assim como a maioria das cirurgias. A faixa etária mais acometida foi entre 45 e 60 anos, porém adultos jovens, adultos maduros e idosos somam um número significativo. Os resultados levam a afirmar que a sistematização do cuidado de enfermagem é fundamental ao atendimento de pessoas na UTI. O período de internação mais frequente foi até três dias, assim, o planejamento da assistência deve considerar este tempo como fator operacional, levando em conta a individualidade de cada paciente e suas necessidades que devem ser atendidas desde as primeiras horas de internação.

Palavras chave: Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Indicadores de Morbimortalidade.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área crítica¹⁰ destinada à internação de pacientes graves¹¹. Para dar conta de tal empreendimento as UTIs contam com recursos humanos e tecnológicos especializados, o que as torna as unidades mais complexas e do sistema de saúde.

Segundo Marcon (2002) as UTIs surgiram a partir da necessidade de cuidar de pacientes em estado crítico e potencialmente recuperáveis.

Desde que as unidades de cuidados críticos foram abertas, nos anos 1960, ocorreram avanços tecnológicos importantes, acompanhados por uma explosão de conhecimentos no campo da enfermagem de cuidados críticos. Consequentemente as enfermeiras de cuidados críticos do século 21 estão rotineiramente cuidando de pacientes complexos, crítica ou gravemente doentes. Isto é o resultado da integração de uma tecnologia sofisticada com os desafios psicossociais e conflitos éticos associados à doença crônica que, ao mesmo tempo, dirige-se para as necessidades e preocupações dos familiares e de outras pessoas significativas na vida do paciente (MORTON *et al*, 2007, p. 3-4)

De acordo com a RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 as UTIs são o principal componente do ambiente de atendimento à saúde, na medida em que os hospitais têm recebido cada vez mais pessoas em condição grave de saúde (RDC Nº7, 24 de fevereiro 2010).

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde do Brasil Nº 3432/GM de 2 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 154, as UTIs são classificadas segundo faixa etária em: neonatal, pediátrica e adulta.

As UTIs Neonatais atendem recém-nascidos com idade entre 0 e 28 dias; as pediátricas atendem crianças a partir de 28 dias até 14 ou 18 anos, dependendo das necessidades de cada região e das normas institucionais; as UTIs para adultos, por sua vez, atendem pessoas com idade acima de 18 anos.

Outra classificação do Ministério da Saúde refere-se às especificidades. Conforme este critério, as UTIs dividem-se nos níveis I, II e III. A partir da vigência da

¹⁰ “[...] área na qual existe o risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microorganismos de importância epidemiológica.” (RDC Nº 7, 24 de fevereiro de 2010)

¹¹ “[...] paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua.” (RDC Nº 7, 24 de fevereiro de 2010)

Portaria Nº 3432/GM de 2 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 154, todas as UTI's cadastradas pelo SUS passaram a ser classificadas como nível I.

A equipe básica que compõe uma UTI de nível II deve contar com um médico diarista/rotineiro para cada dez leitos ou fração nos turnos, matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI - Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal; médicos plantonistas: um para cada dez leitos ou fração, em cada turno; Enfermeiros assistenciais: um para cada oito leitos ou fração, em cada turno; Fisioterapeutas: pelo menos um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; Técnicos de enfermagem: no mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; Auxiliares administrativos: pelo menos um exclusivo da unidade; Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno (BRASIL, p.3, 2010).

O hospital que comporta uma UTI de nível II deve conter os serviços de ultrassonografia, *eco-Doppler*, laboratório de análises clínicas e agência transfusional, todos disponíveis 24 horas do dia. Deve ainda contar com laboratório de microbiologia, aparelho de raios-X móvel, terapia renal substitutiva, serviço social, serviço de psicologia e serviço de nutrição parenteral e enteral (BRASIL, 1998).

Por sua vez, as UTIs de nível III devem contar, além dos profissionais mencionados na classificação de nível II, com um médico plantonista para cada dez pacientes, dos quais pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; acesso ao serviço de reabilitação. Estas UTI's devem também fornecer todos os serviços mencionados nas unidades de tipo II, e tomografia axial computadorizada, anatomia patológica, estudo hemodinâmico, angiografia seletiva, fibrobroncoscopia e ultra-sonografia portátil (BRASIL, 1998).

Sabe-se que existe na UTI uma elevada carga de trabalho devido à internação de pacientes sujeitos às constantes alterações de seus sistemas vitais e iminente risco de morte, os quais requerem assistência complexa, atenção ininterrupta e tomada de decisão imediata (INOUE E MATSUDA, 2009).

A Resolução COFEN 293/2004 estabelece que o total de horas de enfermagem é igual ao somatório das horas necessárias para assistir os clientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi - intensivos e intensivos. Conforme esta mesma resolução, um paciente de cuidados intensivos é aquele em condição grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, e que necessita de assistência especializada e permanente. Deste modo, para atender tal demanda é preconizado 17,9 horas de assistência intensiva de enfermagem por paciente.

Na UTI em questão, após realizado o cálculo de dimensionamento de pessoal de acordo com a Resolução COFEN 293/2004, observou-se que o número de profissionais de enfermagem é adequado pois o necessário segundo esta resolução são 36 funcionários e esta UTI apresenta um quadro de pessoal que conta com 38 pessoas. No entanto, a proporção de enfermeiros e técnicos de enfermagem não está de acordo com a Resolução já que atualmente a porcentagem de enfermeiros na UTI estudada é de 23,68%, enquanto o COFEN estabelece que 52 a 56% devem ser enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

O cuidado de enfermagem torna-se completo a partir do momento em que o registro de sua produção é realizado. Este planejamento e processo de registro são denominados Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Que auxilia os profissionais a prestarem uma assistência de boa qualidade e integral aos pacientes, pois é o registro e o tratamento estatístico dos dados que fornecem a fundamentação para o planejamento da assistência de enfermagem, afinal esta é uma tecnologia de cuidado impossível de se desvincular do processo de cuidar assistencial e gerencial.

No início da enfermagem moderna, com Florence Nightingale, a assistência caracterizava-se por um método empírico, fundamentado na lógica, valorizando práticas como a observação, a experiência e o registro de dados. (Alvarez, Meirelles, Anders, Amante, 2009).

Ainda, para Horta (1971) apud Bub e Liss, (p. 24, 2006):

“[...] o enfermeiro deve voltar às suas origens profissionais, isto é, assistir o indivíduo, família ou comunidade no atendimento de suas necessidades básicas, mas agora utilizando seu método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundamentada no empirismo, no ‘eu acho’, no atendimento somente da execução de ordens médicas ou de cuidados rotineiros; sem perspectiva de desenvolvimento, e, o que é mais grave, sem atender realmente as necessidades do paciente, família ou comunidade.”

A SAE é entendida como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever e explicar como o paciente responde aos problemas de saúde e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (GARCIA E NÓBREGA, 2000).

Segundo a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e a resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 358/2009, a SAE se tornou atividade privativa do profissional enfermeiro. E para que ela seja realizada de maneira efetiva, precisamos dispor de recursos humanos e materiais condizentes com a necessidade do serviço.

Este estudo tem como proposta dar continuidade a coleta de dados que as enfermeiras Juliana Mesquita e Tâmilis Frois iniciaram em seu Trabalho de Conclusão de Curso no ano de 2010. Elas realizaram a caracterização do perfil de morbimortalidade, e discutiram suas implicações para o cuidado de enfermagem da mesma UTI, levando em consideração os dados coletados do período entre 2006 e 2010.

Portanto, ao final da atual coleta de dados, conformaremos uma série histórica de dez anos, que ampliará as discussões relacionadas aos motivos de internação, alta e óbito e sua sistematização da assistência de enfermagem e o conhecimento.

A partir do exposto esperamos contribuir para a reflexão sobre as implicações para o cuidado intensivo realizado pela equipe de enfermagem e para alcançar tal finalidade este estudo teve o propósito de responder, de maneira ampliada, a seguinte questão:

Quais implicações para o cuidado de enfermagem que decorrem das características sócio-demográficas e epidemiológicas das pessoas internadas em UTI?

OBJETIVOS

OBJETIVO FINAL

Apresentar as características sócio-demográficas e epidemiológicas de pessoas internadas em UTI e as implicações para o cuidado de enfermagem.

OBJETIVOS INSTRUMENTAIS

Descrever as características sócio-demográficas de pessoas internadas em UTI;

Descrever as características epidemiológicas (morbidade, mortalidade, tempo de internação, tipos de alta) de internação em UTI;

Comentar as implicações para o processo de cuidado de enfermagem em UTI.

REVISÃO DE LITERATURA

MORBIMORTALIDADE

Métodos estatísticos contribuem de forma direta para o conhecimento de realidades distantes ou ausentes, que quando reconhecidas, tornam-se pensáveis e, por isso, governáveis. As estatísticas de saúde como instrumentos a serem utilizados no planejamento bem como na execução e avaliação de atividade de saúde têm grande relevância. A análise das informações de saúde disponíveis é imprescindível, não só para as decisões governamentais e coletivas, como também para o espaço individual de atuação dos profissionais, no caso, enfermeiros e enfermeiras (SOUSA *et al*, 2009).

“[...] conhecer o perfil de morbimortalidade possibilita, aos planejadores e executores de políticas públicas, definir com bases concretas as ações que devem ser prioritárias a fim de contemplar a prevenção e a assistência aos doentes, além de permitir realizar avaliações das ações implementadas que podem ter impacto sobre as doenças e as causas de morte.” (SOUSA *et al*, 2009)

CUIDADO DE ENFERMAGEM

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Implica colocar-se no lugar do outro, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro no que se refere à situações especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde, e a própria morte (SOUZA, *et al*, 2005).

Cada ser humano é único, e, portanto, um bom cuidado é individualizado, solidário, justo e digno. Cuidar em enfermagem consiste em realizar esforços, de um ser humano para outro, visando promover, proteger e preservar a humanidade, ajudando as

peessoas a resignificarem suas vidas a partir da doença, do sofrimento e da dor. Segundo Morton *et al* (cap. 4, 2007), pacientes e familiares esperam que os cuidados sejam empreendidos com base na melhor evidência de resultados cientificamente comprovados.

Considerando que a UTI é um ambiente complexo, os recursos tecnológicos devem ser vistos como mediadores, favorecendo e aprimorando o cuidado ao paciente crítico. A forma como a enfermagem lida com tais recursos é que propicia preservar a sua vida ao usar da tecnologia além do cuidado humano, estabelecendo como prioridade uma atenção holística do paciente e sua família. Portanto, o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva faz com que o paciente e a família se sintam mais acolhidos e seguros para enfrentar de maneira positiva um momento difícil da vida (DIAS, SOUZA, BARÇANTE E FRANCO, 2009).

Por muitas vezes, a tecnologia presente em UTI cega, e limites entre o ser humano e a máquina deixam de ser estabelecidos. As tecnologias auxiliam nas ações de cuidar, mas nunca substituem o profissional da saúde, pois o estar perto, tocar e interagir traz resultados terapêuticos.

Lanzillotti e Figueiredo (2002) apud Alcântara, Shiratori e Prado, confirmam a partir de um estudo realizado “que os cuidados ofertados à clientes em CTI’s, se considerados os aspectos que envolvem sensibilidade para com o outro e a subjetividade humana, pode ser um cuidado terapêutico se começarmos a medir as respostas destes no corpo do cliente”.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência varia a partir da organização sistemática de conceitos e suas inter-relações, como por exemplo, sociedade, ambiente, ser humano, enfermagem e agravos à saúde. (Alvarez, Meirelles, Anders, Amante, 2009).

Para que seja prestada uma Assistência de Enfermagem efetiva, onde o paciente e a família tenham suas necessidades atendidas é necessário que os profissionais tenham consciência dos conceitos e implicações do cuidado.

O processo de enfermagem é uma forma organizada de cuidado ao paciente, que segue passos pré-estabelecidos e organizados, é considerado a base de sustentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e tem como uma das principais características o dinamismo entre suas fases. De uma maneira geral, estas fases

compreendem a identificação de problemas de saúde, os diagnósticos de enfermagem, o planejamento para o cuidado, a implementação e a avaliação das ações prestadas (BENEDET E BUB, 2001).

Em 2009 o Conselho Federal de Enfermagem, define na Resolução COFEN 358/2009 que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é:

“[...] atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.” (COFEN 272/2002)

A SAE deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente, devendo ser composta por: coleta de dados (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; avaliação de enfermagem (COFEN 358/2009).

O modelo de SAE que apresentamos a seguir é uma adaptação das etapas da sistematização da assistência de acordo com a Resolução do COFEN 358/2009, da pucproposta de Benedet e Bub (2001) e Wanda Horta (1979):

Coleta de Dados (Histórico de Enfermagem)

O histórico de enfermagem, segundo Resolução COFEN 358/2009, é um processo realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, de maneira sistemática e contínua, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família e coletividade humana, bem como suas respostas no processo saúde e doença.

Para sua realização utiliza-se preferencialmente a entrevista informal, valendo-se de técnicas úteis como a observação e o exame físico, que é constituído de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Para que a coleta de dados realizada seja eficiente e eficaz é necessário que o enfermeiro ou enfermeira tenha alguns pré-requisitos: conhecimento científico, referencial teórico filosófico e habilidades que irão formar o corpo de conhecimentos da enfermagem (BENEDET E BUB, 2001).

Diagnóstico de Enfermagem

Para Horta (1979), os diagnósticos compreendem a segunda fase do processo de enfermagem, onde os dados colhidos são analisados, identificando os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem.

Ainda, segundo Resolução COFEN 358/2009, o diagnóstico de enfermagem é um processo de agrupamento e interpretação dos dados coletados, culminando com a tomada de decisão acerca de conceitos diagnósticos, constituindo a base para as intervenções pelas quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

O diagnóstico de enfermagem aumenta a autonomia dos enfermeiros e enfermeiras provendo o foco da ciência clínica (prática) da enfermagem, bem como referenciando o desenvolvimento das ações, ofertando as possibilidades para as conclusões do raciocínio clínico, exigindo o exercício do julgamento clínico e possibilitando a exposição de parte do trabalho realizado pelos enfermeiros. (CRUZ, 1997 *apud* BENEDET e BUB, 2001).

Planejamento de Enfermagem

Para Bub e Liss (2006), esta etapa é predominantemente intelectual, exige experiência, conhecimento e sensibilidade, e nela serão determinadas estratégias de ação de enfermagem com o intuito de reunir as condições para satisfazer necessidades da pessoa, família ou grupo social, reajustando as respostas humanas inadequadas identificadas no processo anterior, para que não haja prejuízo da saúde e do estar bem, enquanto os resultados vão sendo avaliados simultaneamente às intervenções.

O planejamento é a determinação dos resultados esperados e das intervenções de enfermagem que serão realizadas a partir das respostas identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (Resolução COFEN nº 358/2009).

Implementação

Após o planejamento das ações, as estratégias de ação são documentadas por meio dos registros das orientações realizadas. Estes registros devem conter data e hora, ser escritos utilizando verbos no infinitivo, indicando de maneira clara as ações a serem realizadas, e estar assinadas pelo enfermeiro ou enfermeira que os realizou.

Da capacidade de planejamento dos enfermeiros e enfermeiras depende o sucesso da intervenção de enfermagem (BENEDET e BUB, 2001). O cuidado individualizado e a capacidade de comunicação com os demais membros da equipe são relevantes também para a eficácia das intervenções.

A realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem cabe ao enfermeiro ou enfermeira, segundo Resolução COFEN nº 358/2009.

Avaliação de Enfermagem

Para Benedet e Bub (2001) a avaliação é a última etapa do processo de enfermagem e pode ser definida como a verificação das mudanças na situação de saúde do cliente, conseqüente às ações de enfermagem.

A avaliação de enfermagem deve determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificar a necessidade de possíveis mudanças ou adaptações que permeiam todas as etapas do Processo de Enfermagem (Resolução COFEN nº 358/2009).

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

É uma pesquisa de método quantitativo, do tipo exploratório descritivo, sobre as causas de internação e óbito em UTI.

Uma pesquisa quantitativa é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis, na qual os elementos básicos de análise são números, sendo que quanto maior for o período de tempo analisado mais confiáveis serão os resultados apresentados (MORESI, 2003, p. 64 - 72).

Um estudo exploratório busca desenvolver uma imagem mental do que está ocorrendo, ou seja, neste caso, as causas de internação e óbito na UTI. Pesquisas desta natureza são descritivas e tem entre seus propósitos apresentar informações básicas sobre contexto da unidade de estudo. (NEUMAN, 1997, p.20).

Para Neuman (1997, p. 20) um estudo descritivo busca: prover o perfil acurado de um grupo; descrever um processo, mecanismo, ou relacionamento; definir um quadro

verbal ou numérico (percentual); encontrar informações para estimular novas explicações; criar um conjunto de categorias ou classificação de tipos (tipologia); clarificar uma sequência, conjunto de estágios ou etapas e documentar informações que contradizem crenças anteriores sobre o tema ou questão.

A pesquisa exploratória resulta em dados que associados a argumentos teóricos são transformados em informações e, neste estudo servirão de base para apresentar as implicações para o cuidado de enfermagem.

LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Governador Celso Ramos, localizado na cidade de Florianópolis – SC. Este hospital integra à rede de hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS, mas sua gestão administrativa é vinculada ao governo do estado de Santa Catarina. São 22.000m² de área construída, 184 leitos ativados. O Hospital está preparado para prestar atendimento de emergência, ambulatorial, internação e cuidado intensivo no contexto do estado de Santa Catarina.

Desde sua fundação em 1966, foram atendidas cerca de 185 mil pessoas; com uma média de 300 atendimentos por dia na emergência e 648,4 internações/mês.

O Hospital Governador Celso Ramos é centro de referência em Neurotraumatologia para todo Estado de Santa Catarina. Ao longo de seus quase 45 anos de existência tem prestado assistência de saúde à população, incluindo várias tecnologias para diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde. (SAÚDE, 2009).

A UTI do Hospital Governador Celso Ramos está instalada no terceiro andar; no mesmo andar em que estão localizados o centro cirúrgico, uma unidade laboratorial, e o centro de materiais e esterilização. Possui 14 leitos, dentre os quais, dois são de isolamento. Conta com dois enfermeiros e sete enfermeiras, 29 profissionais responsáveis pelo serviço técnico/auxiliar de enfermagem, duas funcionárias responsáveis pela escrituração e, três profissionais responsáveis pela limpeza.

A UTI é classificada como nível II, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do ano de 2010. Porém, esta UTI conta com alguns dispositivos classificados como nível III, dentre eles a ultrassonografia portátil.

SUJEITOS DA PESQUISA

As informações coletadas dizem respeito à pessoas do sexo feminino e masculino, desde jovens até idosos, que foram internados na UTI do Hospital Governador Celso Ramos no período compreendido entre janeiro do ano de 2001 e dezembro do ano de 2005.

COLETA DE DADOS

Os dados coletados referem-se ao período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005 e foram obtidos através do livro de registros da UTI, onde estão anotados: horário e data internação, nome do paciente, número de registro, diagnóstico médico, procedência, idade, data e horário de alta, transferência ou óbito, e organizados em planilhas do Excel armazenadas nos computadores das pesquisadoras.

Como estes dados foram registrados pelos profissionais da UTI durante o período de 2001 a 2005, não sendo, portanto controlados pelas pesquisadoras, caracterizando fonte secundária.

Vale salientar que, no período de abril a outubro de 2005 o espaço físico da UTI houve uma reforma e a UTI passou a funcionar no local onde atualmente encontra-se a Unidade Semi-Intensiva. Durante este período, a UTI funcionou com apenas 10 leitos por falta de espaço para a alocação dos ventiladores mecânicos.

ANÁLISE DOS DADOS

Foram adotados procedimentos da epidemiologia descritiva, ou seja, um evento é descrito a partir da separação das suas frequências segundo atributos da população em termos quantitativos (PEREIRA, 1995). Com suporte da epidemiologia são reunidos, classificados e sistematizados conhecimentos. A epidemiologia também serve como instrumento de predição de eventos relacionados à saúde da população. Por isto mesmo é um suporte valioso para o planejamento da saúde e também do cuidado de enfermagem.

Os dados foram sistematizados utilizando frequência absoluta e relativa, e apresentados em tabelas e gráficos, por meio de planilhas do Microsoft Office Excel 97-2003®. A casuística e a letalidade foram classificadas de acordo com os grupos de causa registrados na 10ª. Classificação Internacional de Doenças – 10ª. CID.

ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo com dos dados secundários. Mas, o projeto seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR).

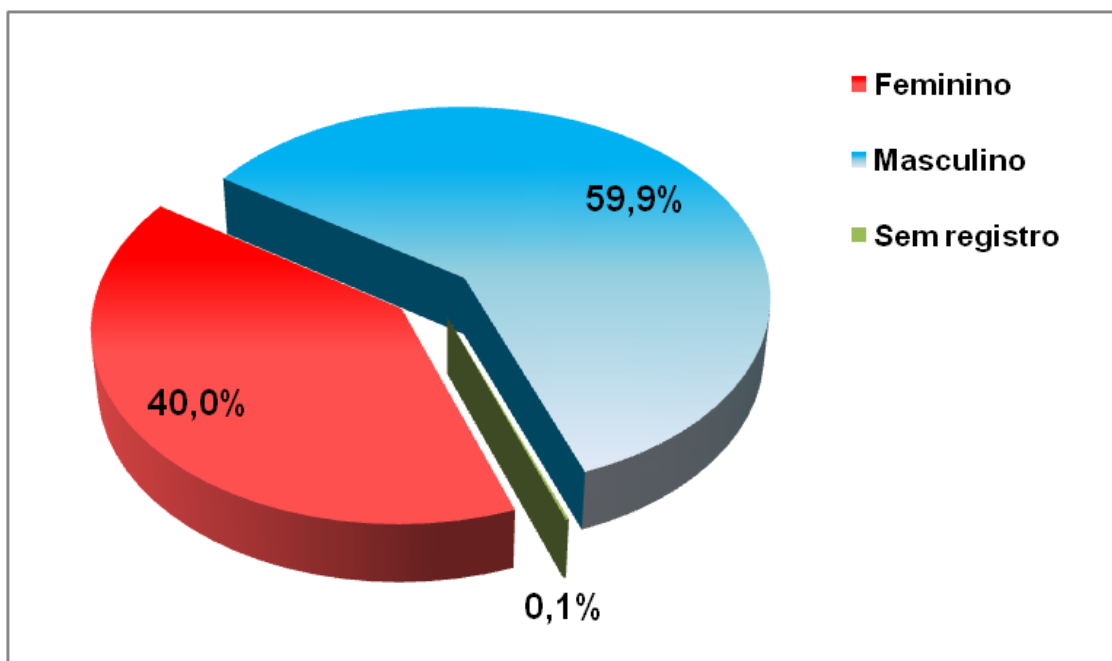
O anonimato dos envolvidos e a confidencialidade dos dados obtidos estão preservados, sendo a coleta de dados iniciada somente após a obtenção da autorização do Comitê de Ética do Hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados de 2.767 pessoas internadas na UTI no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Dentre estas, 1.657 (59,9%) eram do sexo masculino e 1.106 (40,0%) do sexo feminino. Em 0,1 % não foram registrados o sexo da pessoa internada (Figura 1).

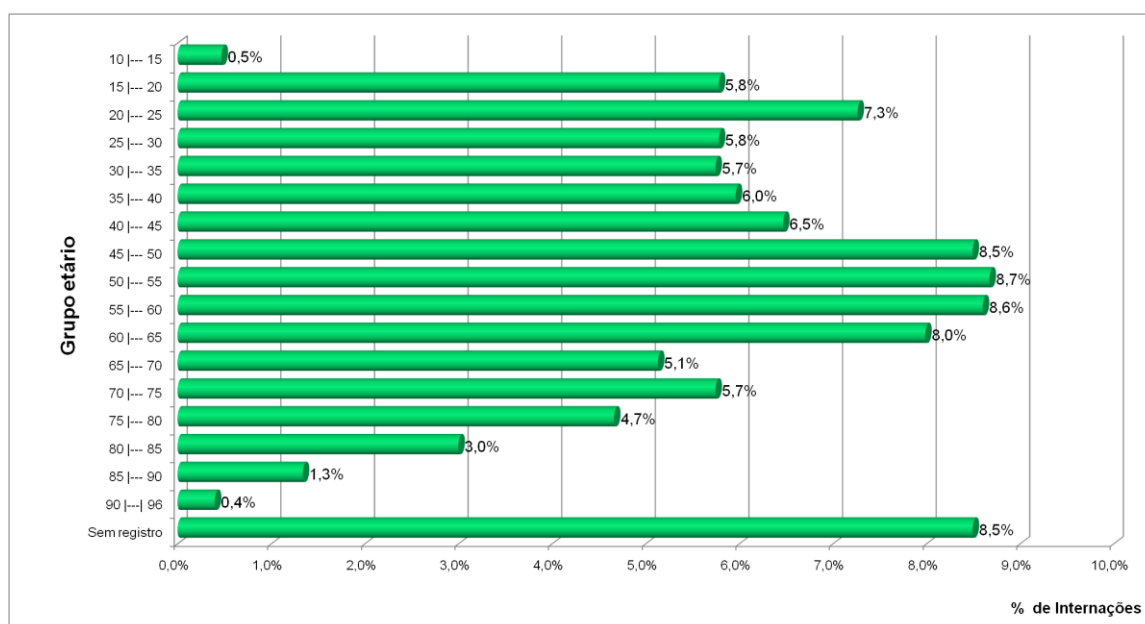
Um estudo realizado com pacientes atendidos em UTI reafirma os dados encontrados, pois, dos pacientes que internaram, 57,2% foram do sexo masculino e 42,8% do sexo feminino (PAIVA *et al*, 2002).

Figura 1 – Distribuição das pessoas internadas segundo sexo em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).



O grupo etário com maior frequência de internação foi de 50 a 54 anos (8,7%), seguido pelo grupo de 55 a 59 anos (8,6%), e, terceiro lugar, pelo grupo de 45 a 49 anos (8,5%). No entanto, a diferença entre os três grupos etários de maior frequência é pequena. Podemos verificar que, em geral, as pessoas com idade compreendida entre 45 e 60 anos foram as que mais internaram naquela UTI durante o período estudado (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição das pessoas internadas segundo grupo etário em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).



Os adultos jovens (20 a 25 anos) contribuíram com 7,3% do total de internações. Este dado pode estar relacionado com o risco social de adoecer e morrer por causas externas, como por exemplo, o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e Politraumatismo.

O fato de 23,5% (*fa*) dos internados terem idade compreendida entre 60 e 80 anos pode ser associado ao impacto da tecnologia e inovação sobre as doenças, com conseqüente prolongamento da expectativa de vida, que, segundo dados do IBGE, passou de 68 anos em 2001 para 71,9 anos em 2005 (IBGE, 2005).

Vale ressaltar que 8,5% dos internados não tiveram suas idades registradas no livro de registros da UTI, caracterizando sub-registro.

Quadro 1 – Distribuição das pessoas internadas segundo grupo etário e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).

GRUPO ETARIO	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
10 --- 15	6	0,22	7	0,25			13	0,47
15 --- 20	45	1,63	115	4,16			160	5,78
20 --- 25	70	2,53	131	4,73			201	7,26
25 --- 30	56	2,02	104	3,76			160	5,78
30 --- 35	55	1,99	104	3,76			159	5,75
35 --- 40	73	2,64	92	3,32			165	5,96
40 --- 45	80	2,89	99	3,58			179	6,47
45 --- 50	98	3,54	137	4,95			235	8,49
50 --- 55	109	3,94	131	4,73			240	8,67
55 --- 60	104	3,76	134	4,84			238	8,60
60 --- 65	88	3,18	133	4,81			221	7,99
65 --- 70	46	1,66	96	3,47			142	5,13
70 --- 75	76	2,75	83	3,00			159	5,75
75 --- 80	58	2,10	71	2,57			129	4,66
80 --- 85	39	1,41	44	1,59			83	3,00
85 --- 90	17	0,61	20	0,72			37	1,34
90 --- 96	6	0,22	5	0,18			11	0,40
Sem registro	80	2,89	151	5,46	4	0,14	235	8,49
Total	1106	39,97	1657	59,88	4	0,14	2767	100

Entre as mulheres o grupo etário com maior frequência de internação foi de 50 a 54 anos (3,94%), e, entre os homens, de 45 a 49 anos (4,95%). No geral, independente do sexo, a faixa etária que mais internou foi a que compreende idades entre 50 e 54 anos (8,67%).

Na faixa etária de 15 a 19 anos, o número de internações no sexo masculino (4,16%) é maior em relação ao sexo feminino (1,63%). Este fato possivelmente está associado aos Traumatismos Crânio Encefálico (TCE) e Politraumatismos relacionados a acidentes automobilísticos.

Quadro 2 – Distribuição das pessoas internadas segundo a procedência e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).

PROCEDÊNCIA	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Centro Cirúrgico	6	0,22	7	0,25			13	0,47
Emergência	162	5,85	260	9,40	3	0,11	425	15,36
Outros	346	12,50	472	17,06	1	0,04	819	29,60
Sem Registro	40	1,45	74	2,67			114	4,12
Total	1106	39,97	1657	59,88	4	0,14	2767	100

Ao cruzar procedência e gênero, verificamos que a maioria das pessoas (29,6%) veio de emergências de outras instituições ou unidades de internação do próprio hospital. O segundo lugar mais frequente (15,36%) relativo a procedência, foi de pessoas que vieram da emergência do próprio hospital.

Até o ano de 2005 a assistência pré-hospitalar em Florianópolis e Grande Florianópolis contava apenas com o serviço de resgate do Corpo de Bombeiros, este é um dos motivos pelos quais não havia uma especificidade de encaminhamento dos pacientes à instituição melhor preparada para receber pacientes com determinadas doenças ou agravos. O paciente, deste modo, conforme observamos nos dados obtidos, muitas vezes era transferido para a UTI em questão após receber os primeiros cuidados e/ou diagnóstico em outras instituições (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2006).

Quadro 3 – Distribuição das pessoas internadas segundo o tempo de permanência e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).

DIAS DE INTERNAÇÃO	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
0 a 03	687	24,83	919	33,21	3	0,11	1609	58,15
04 a 07	167	6,04	263	9,50			430	15,54
08 a 10	52	1,88	113	4,08			165	5,96
11 a 15	78	2,82	124	4,48	1	0,04	203	7,34
16 a 20	40	1,45	71	2,57			111	4,01
21 a 30	19	0,69	56	2,02			75	2,71
31 a 60	14	0,51	28	1,01			42	1,52
> 60	10	0,36	9	0,33			19	0,69
SR	39	1,41	74	2,67			113	4,08
Total	1106	39,97	1657	59,88	4	0,14	2767	100

Conforme a tabela 3, o período de internação mais freqüente foi entre zero a três dias (58,15%). Seguido pelo período de quatro e sete dias (15,54%). Se considerarmos estes dois grupos, verificaremos que a freqüência acumulada (*fa*) corresponde a mais da metade das pessoas (73,7%) que permaneceram internadas até sete dias.

Ao calcularmos a freqüência acumulada (*fa*), verificamos que 87% do total de pessoas permaneceram internadas no máximo 15 dias, o que significa que apenas 13% permaneceram internadas mais do que este período.

Entre as mulheres, 62% ficaram internadas até 3 dias, e calculando a freqüência acumulada (*fa*), 77,0% delas permaneceram internadas por um período de até 7 dias, e 88,7% (*fa*) permaneceram no máximo 15 dias internadas. Entre os homens 55,5% ficaram internados até 3 dias, e calculando a freqüência acumulada (*fa*), 71,5% deles permaneceram internados por um período de até 7 dias, e 85,8% (*fa*) ficaram internados no máximo 15 dias.

Estes dados indicam que da perspectiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem, é nas primeiras horas de internação em UTI que todas as etapas do Processo de Enfermagem devem ser ativamente realizadas. (MEDEIROS E PEREIRA, 2010).

Portanto, todo o processo de coleta de dados (Histórico de Enfermagem), a interpretação e agrupamento destes dados (Diagnóstico de Enfermagem), a determinação das metas que se espera alcançar e, das intervenções de (Planejamento de

Enfermagem), a realização das intervenções (Implementação), e a verificação contínua e sistemática de mudanças na condição de saúde da pessoa (Avaliação de Enfermagem) deve ser realizado dentro do prazo de 7 dias, ou em casos, no máximo 15 dias, confirmando a análise/estudo da pesquisa realizada nesta mesma UTI por Medeiros e Pereira.

Na UTI estudada, o processo de enfermagem ocorre parcialmente, pois o histórico de enfermagem é realizado nos primeiros momentos de internação do paciente, sendo preenchido um formulário criado pela chefe de enfermagem do setor com o auxílio de outros enfermeiros desta UTI. Assim como o histórico de enfermagem, a evolução de enfermagem é realizada com o auxílio de impressos, onde informações sobre as condições do paciente são descritas e avaliações são feitas. Apesar de não documentadas, o planejamento das ações e as prescrições de enfermagem ocorrem verbalmente, e a implementação de mudanças e ajustes no cuidado ocorrem continuamente, bem como as avaliações das ações realizadas.

De acordo com os dados apresentados na tabela 4, no turno das 13 às 19 horas houve maior número de internações, o que pode estar relacionado ao fato de que a avaliação clínica direcionada para a alta dos pacientes ocorre geralmente no período da manhã, bem como a maior parte das cirurgias. Em segundo lugar aparece o turno das 19 às 07 horas, representando 34,8% das internações.

Este dado reforça a idéia apresentada na tabela anterior de que nas primeiras horas de internação ocorrem efetivamente as etapas do Processo de Enfermagem. Ou seja, como nestas primeiras horas de internação há intensa atividade para toda a equipe de enfermagem, a unidade deve ser administrada de modo que se possa garantir a qualidade do cuidado. Para que esta qualidade seja alcançada no cuidado intensivo é necessário ater-se à qualificação dos trabalhadores, bem como à quantificação desses para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas (INOUE E MATSUDA, 2009).

Quadro 4 – Distribuição das pessoas internadas segundo o turno da internação e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).

TURNO INTERNAÇÃO	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	N	%	n	%	N	%	n	%
07:00 --- 13:00 h	153	5,53	256	9,25	1	0,04	410	14,82
13:00 --- 19:00 h	515	18,61	720	26,02	1	0,04	1236	44,67
19:00 --- 07:00 h	368	13,30	596	21,54	1	0,04	965	34,88
Sem registro	70	2,53	85	3,07	1	0,04	156	5,64
Total	1106	39,97	1657	59,88	4	0,14	2767	100

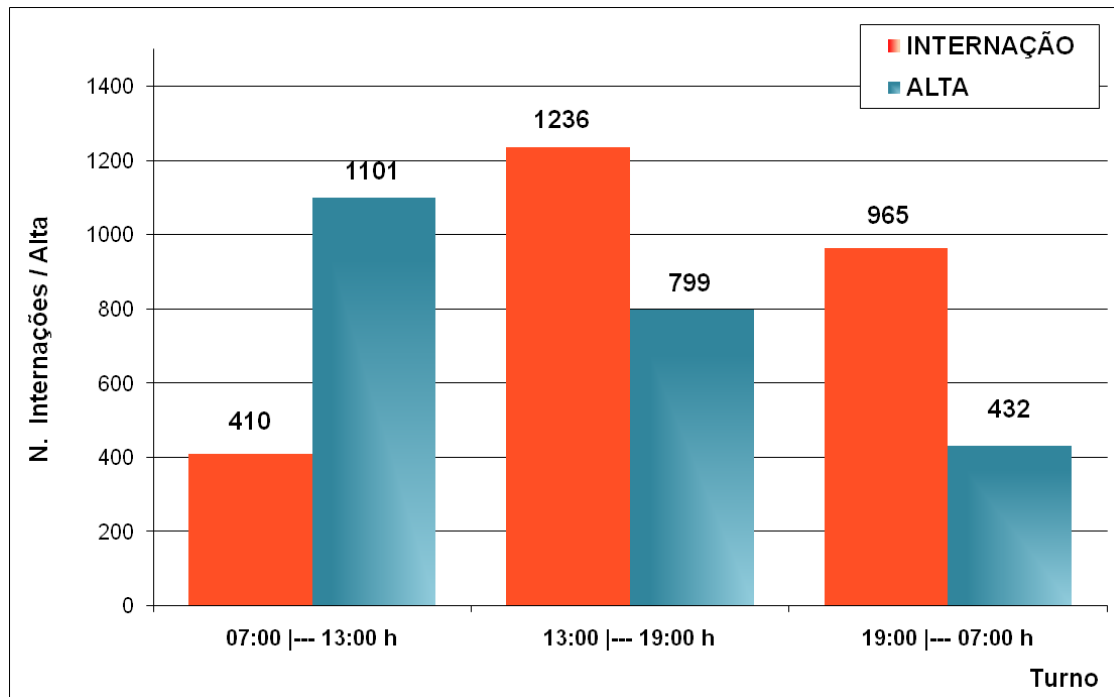
Ao contrário da tabela 4, que mostrou que o turno em que mais internam pacientes é o período entre as 13 e as 19 horas, segundo os dados apresentados na tabela 5 a maior frequência de saída de pacientes foi no turno das 07 às 13 horas (39,79%), aparecendo em segundo lugar o turno das 13 às 19 horas com 28,88%.

Quadro 5 – Distribuição das pessoas internadas segundo turno de saída, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, da UTI. Florianópolis (SC).

TURNO ALTA	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	N	%	n	%	N	%	n	%
07:00 --- 13:00 h	448	16,19	653	23,60		0,00	1101	39,79
13:00 --- 19:00 h	312	11,28	485	17,53	2	0,07	799	28,88
19:00 --- 07:00 h	178	6,43	252	9,11	2	0,07	432	15,61
Sem registro	168	6,07	267	9,65		0,00	435	15,72
Total	1106	39,97	1657	59,88	4	0,14	2767	100

Verificamos que o turno de maior frequência de internações foi entre 13 e 19 horas, e o turno de maior frequência de alta dos pacientes da UTI foi entre 07 e 13 horas. (Figura 3)

Figura 3 - Distribuição das pessoas internadas em uma UTI de um hospital geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, segundo turno de internação e saída da UTI, Florianópolis. SC.



Como mencionado anteriormente, no período da manhã ocorrem as avaliações clínicas dos pacientes internados na UTI, portanto, os pacientes que apresentam condições adequadas para a alta são encaminhados para outras unidades do hospital ou outras instituições.

Nesse período de transição de pacientes, a equipe de enfermagem realiza muitas intervenções, já que o enfermeiro ou enfermeira, juntamente com sua equipe, deve checar se todos os cuidados necessários foram prestados, preparar o paciente, realizar os últimos cuidados necessários em UTI, documentar todas as atividades realizadas e passar o plantão sobre o paciente para a unidade que irá recebê-lo (MEDEIROS E PEREIRA, 2010).

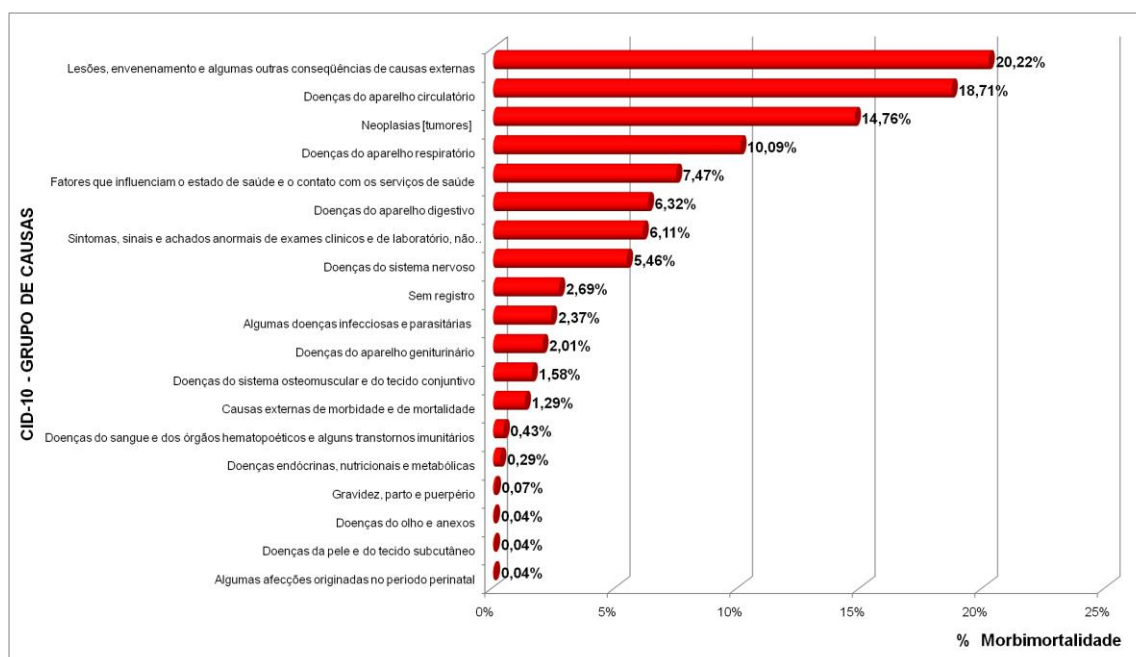
Quadro 6 - Distribuição das pessoas internadas, segundo o tipo de alta, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).

TIPOS DE ALTA	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%
ALTA	23	0,83	43	1,55		0,00	66	2,39
Óbito	289	10,44	418	15,11	3	0,11	710	25,66
Transferência p/outras instituições	25	0,90	38	1,37		0,00	63	2,28
Transferência p/outras unidades	736	26,60	1114	40,26	1	0,04	1851	66,90
Sem registro	33	1,19	44	1,59		0,00	77	2,78
Total	1106	39,97	1657	59,88	4	0,14	2767	100

Observa-se, na tabela 6, que do total de pacientes internados estudado 25,66%, foram a óbito, percentual este que se encontra dentro dos parâmetros de mortalidade global em UTI, ou seja, percentuais estes que variam, segundo Moraes, Fonseca e Leoni (2005), entre 24% e 47% .

Dentre os tipos de alta, a transferência para outras unidades do próprio hospital representou 66,9% do total. Este dado ressalta a importância da existência de um planejamento para o cuidado de enfermagem, já que estes pacientes continuaram recebendo cuidados nas unidades para as quais são encaminhados, e, para que estes cuidados continuem a ser prestados com qualidade, é importante que enfermeiros e enfermeiras documentem todas as ações e que haja uma comunicação plena em relação às necessidades de cuidado dos pacientes.

Figura 4 – Morbidade das internações por categoria CID-10, na UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).



O motivo de internações mais freqüente (20,22%) é representado pelo grupo de causas “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Neste grupo estão incluídas as internações por traumatismos crânio encefálico, politraumas, acidentes automobilísticos, lesões por arma de fogo, agressões, fraturas, entre outras causas.

O fato da maioria dos pacientes internarem por este grupo de causas pode ser entendido por ser um hospital referência no atendimento de traumas, em especial os que envolvam tratamento neurocirúrgico, como por exemplo, os traumatismos crânio encefálico.

O segundo motivo mais freqüente de internação foi “Doenças do aparelho circulatório” (18,71%). Considerando que nesta categoria estão incluídos os acidentes vasculares cerebrais (AVC) hemorrágico, isquêmico e o não especificado, as hemorragias subaracnóideas (HSA), as paradas cardíacas (PC), as hemorragias intracerebrais, as dissecções de artérias cerebrais sem ruptura, entre outras que em nosso estudo não foram prevalentes. Dos 150 pacientes que foram classificados nesta categoria 34,6% sofreram algum tipo de acidente vascular cerebral e 15% tiveram hemorragia subaracnóidea, totalizando 49,6% dos casos. Sabe-se que tanto para o AVC

quanto para a HSA existe a possibilidade de a equipe médica optar por tratamento neurocirúrgico.

O terceiro motivo mais freqüente encontrado foi “Neoplasias” (14,76%) o que pode ser justificado pela presença das clínicas médicas e cirúrgicas neste hospital.

Quadro 7 – Causas de óbito das pessoas internadas, por categorias da CID-10 e sexo, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Florianópolis (SC).

GRUPO CID-10 CATEGORIAS DE DOENÇAS	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Doenças do aparelho circulatório	70	9,86	80	11,27			150	21,13
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.	39	5,49	108	15,21	3	0,42	150	21,13
Doenças do aparelho respiratório	42	5,92	57	8,03			99	13,94
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	40	5,63	47	6,62			87	12,25
Neoplasias [tumores]	20	2,82	23	3,24			43	6,06
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	19	2,68	24	3,38			43	6,06
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18	2,54	15	2,11			33	4,65
Doenças do aparelho digestivo	10	1,41	18	2,54			28	3,94
Doenças do sistema nervoso	8	1,13	11	1,55			19	2,68
Causas externas de morbidade e de mortalidade	7	0,99	11	1,55			18	2,54
Doenças do aparelho geniturinário	6	0,85	7	0,99			13	1,83
Sem registro	3	0,42	10	1,41			13	1,83
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3	0,42	4	0,56			7	0,99
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	0,42	3	0,42			6	0,85
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	1	0,14					1	0,14
Total	289	40,70	418	58,87	3	0,42	710	100

Os grupos de causas de “Doenças do aparelho circulatório” e de “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”, ocuparam o primeiro lugar como causa dos óbitos, ambas com 21,13% .

O grupo “Doenças do aparelho respiratório”, mais especificamente a Insuficiência respiratória aguda e a não especificada ocuparam o segundo lugar em causa dos óbitos (13,94%).

O terceiro lugar foi ocupado pelo grupo de causas “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”, representando 12,25% dos óbitos.

Dos 21,13% de óbitos do grupo de causas “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas”, 15,21% foram do sexo masculino, e, quando analisado o número total de óbitos, os homens representam 58,8%. Segundo IBGE (2004), estas mortes passaram a ter um papel desfavorável de destaque na pirâmide de expectativa de vida no Brasil a partir dos anos 1980, já que, não fossem elas, a expectativa de vida poderia ser superior em 2 ou 3 anos.

Entre as mulheres, a morte por “Doenças do aparelho circulatório” foi mais freqüente (24,2%). “Doenças do aparelho respiratório” representaram 14,5% dos óbitos e os “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte” representaram 13,8%, totalizando 52,5% do total de óbitos.

No conjunto dos homens, as “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas” representaram 25,83% dos óbitos, as “Doenças do aparelho circulatório” perfizeram 19,1% e em terceiro lugar apareceram as “Doenças do aparelho respiratório” com 13,6% dos óbitos. Considerando estes três grupos de causas a (*fa*) do total de óbitos foi de 58,5%

Quadro 8 – Óbitos, por sexo e grupo etário, em uma UTI de um Hospital Geral, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, Florianópolis (SC).

GRUPO ETÁRIO	GENERO							
	Feminino		Masculino		Sem registro		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
10 --- 15	2	0,28	4	0,56		0,00	6	0,85
15 --- 20	10	1,41	28	3,94		0,00	38	5,35
20 --- 25	25	3,52	27	3,80		0,00	52	7,32
25 --- 30	12	1,69	20	2,82		0,00	32	4,51
30 --- 35	15	2,11	25	3,52		0,00	40	5,63
35 --- 40	13	1,83	15	2,11		0,00	28	3,94
40 --- 45	16	2,25	23	3,24		0,00	39	5,49
45 --- 50	21	2,96	30	4,23		0,00	51	7,18
50 --- 55	24	3,38	27	3,80		0,00	51	7,18
55 --- 60	30	4,23	42	5,92		0,00	72	10,14
60 --- 65	23	3,24	35	4,93		0,00	58	8,17
65 --- 70	12	1,69	27	3,80		0,00	39	5,49
70 --- 75	20	2,82	22	3,10		0,00	42	5,92
75 --- 80	18	2,54	19	2,68		0,00	37	5,21
80 --- 85	12	1,69	19	2,68		0,00	31	4,37
85 --- 90	9	1,27	10	1,41		0,00	19	2,68
90 --- 96	3	0,42	2	0,28		0,00	5	0,70
Sem registro	24	3,38	43	6,06	3	0,42	70	9,86
Total	289	40,70	418	58,87	3	0,42	710	100

O grupo etário 55 a 59 anos apresentou a maior frequência de óbitos (10,14%), seguido pelo grupo 60 a 64 anos (8,17%), e, em terceiro lugar, o grupo etário 20 a 24 anos (7,32%). Ao comparar a Figura 2 com a Tabela 8, verifica-se que o grupo etário com maior frequência de internação e óbito foi 50 a 59 anos.

Entre as mulheres, calculando a frequência acumulada o grupo etário com a maior número de óbitos foi 55 a 59 anos (10,4%), em segundo lugar o grupo etário 20 a 24 anos (8,6%) dos óbitos, seguido pelo grupo etário 50 a 54 anos (3,38%).

Entre os homens, 10% (*fa*) dos óbitos ocorreram no grupo etário 55 a 59 anos, em segundo lugar, no grupo etário 60 a 64 anos (4,93%), e, em terceiro lugar, no grupo etário 45 a 49 anos (4,23%).

7.CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que das 2.767 pessoas internadas na UTI no período descrito 1657 (59,9%) eram do sexo masculino e 1.106 (40,0%) do sexo feminino. Estes resultados também apontaram para a sistematização do cuidado de enfermagem priorizando o atendimento de pessoas em condição grave de saúde, de ambos os sexos, vítimas de politrauma e TCE, AVC, neoplasias e problemas respiratórios, que permanecem internadas por até três dias.

Pessoas com idade compreendida entre 45 e 60 anos foram as que mais internaram na UTI durante o período estudado. Entretanto, os adultos jovens (20 a 25 anos), adultos maduros e idosos contaram 23,5% (*fa*) do total de internações, fato que chama a atenção para o direcionamento da assistência de acordo com as características típicas destas fases do ciclo vital.

Dos internados 25,66%, foram a óbito, e ao considerar as causas de morte mais freqüentes, há a indicação de vigilância às pessoas com “Doenças do aparelho circulatório”, “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas”, “Doenças do aparelho respiratório”, e “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”.

Ao considerar os óbitos correspondentes ao grupo de causas “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas” observou-se que dos 21,13%, 15,21% óbitos de pacientes do sexo masculino. No entanto, entre as mulheres, a morte por “Doenças do aparelho circulatório” foi mais freqüente (24,2%%).

Estes fatos apontam um cuidado direcionado para o atendimento dos requerimentos destas especificidades, tanto das etapas da SAE como da perspectiva de gestão e de educação permanente.

Outro aspecto a ser lembrado é que o cuidado continua nas outras unidades a partir do momento em que o paciente recebe alta da UTI. Por este motivo, as informações obtidas devem ser documentadas de forma clara e concisa e a comunicação entre as equipes das unidades deve ser contínua e efetiva.

8.REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M. - **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO**. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003.

BECCARIA, et AL. **Horas de cuidados de enfermagem em UTI: utilização do sistema de pontuação de intervenções terapêutica**. Revista Arquivos de Ciências da Saúde. v. 17(1) jan-mar 2010. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/v17-1.htm.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA**. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266. Acessado em 30 de junho de 2011.

BUB, Maria Bettina Camargo; LISS, Per-Erik. **Metodologias do Cuidado de Enfermagem**. In: KALINOWSKI, Carmen Elisabeth; GUE MARTINI, Jussara; FELLI, Vanda Elisa Andrés (Org.). PROENF- Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. P 9-56.v. 2.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Legislação. **Resolução número 358/2009**. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABHhIAE/resolucao-cofen-n-358-2009>. Acesso em 20 de maio de 2011.

DIAS, Gabriela Torres; SOUZA, Jussarah Santos de; BARÇANTE, Thales Augusto; FRANCO, Lúcia Maciel de Castro. **Humanização do Cuidado na UTI: Uma possibilidade real**. 2009. Disponível em: <http://www.portaldoenfermeiro.com.br/site/artigos.aspx> Acesso em: 21 de junho/2011.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GONÇALVES, L.A. PADILHA, K.G. **Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Esc. Enferm. USP 2007; 41(4):645-52.

GULLO, et al. **Hospital Mortality of Patients with Severe Traumatic Brain Injury is Associated with Serum PTX3 Levels.** Neurocritical Care Society, 2010.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. **Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino.** Maringá/PR, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>. Acesso em: 20 de junho de 2011.

Legislação. **Lei número 7.498/86, de 25 de junho de 1986.** Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2010.

MARTINS, et al. **Mortality in Severe Traumatic Brain Injury: A Multivariate Analysis of 748 Brazilian Patients From Florianópolis City.** The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care - Volume 67, Number 1, July 2009.

MEDEIROS, Juliana Mesquita; PEREIRA, Tâmilis Frois. **Morbimortalidade em UTI no período de 2008 a 2010:** implicações para o Cuidado de Enfermagem. 2010, 58f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.

MINISTERIO DA SAÚDE – ANVISA. **Resolução- RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 21 de novembro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3432/GM, 12 de agosto de 1998.** Estabelecimentos de critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI. Diário Oficial da União, nº154.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. **CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4205402691841&VEstado=42&VCodMunicipio=420540. Acesso em 21 de novembro de 2010.

MORAES, R.S.; FONSECA J. M. L.; LEONI, C.B.R. Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após a Alta Hospitalar. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Porto Alegre, v.17. n.2, 2005.

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa.** Universidade Católica de Brasília – UCB. Brasília - DF, 2003. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2010.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PAIVA, S.A.R.; MATAI, O; RESENDE, N.O.; CAMPANA, A.O. **Análise de uma população de doentes atendidos em unidade de terapia intensiva- estudo observacional de sete anos (1992 – 1999).** Botucatu, v.14. n.2, 2002.

SAMU. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina. Disponível em: http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=73&Itemid=38. Acessado em 27 de junho de 2011.

SANCHES, I. C.; JORGE L.; PONCIANO K. R.; PUREZA, D. Y.; ANGELIS, K. **Doença cardiovascular na mulher.** 2006. Disponível em: ftp://www.usjt.br/pub/revint/41_44.pdf. Acessado em 25 de junho de 2011.

SCHROEDER, Humberto K. **Mortalidade Intra-Hospitalar em pacientes com trauma crânio-encefálico grave: um estudo de coorte com 748 pacientes.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2005.

SOUSA, R. M. C; CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y.; MALVESTIO, M.A. **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SOUZA, M. L. et al. **O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica**. Revista de Enfermagem Texto e Contexto, Florianópolis, v.14, n.2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

TRANQUITELLI, A.M., PADILHA, K.G. **Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva**. Rev. Esc. Enferm. USP2007; 41(1):141-6.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido”**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.2, mar./abr. 2002.

ALCÂNTARA, L.M.; SHIRATORI, K.; PRADO, L.M. **Rompendo paradigmas: O cuidado de enfermagem na UTI e sua relação com o processo saúde-doença**. Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 41-50, 2008.

9.APÊNDICES

APÊNDICE A – ORÇAMENTO

ÍTENS	QUANTIDADE	CUSTO (R\$)
Folha A4	5 resmas	50,00
Cartucho de tinta para impressora HP	03	70,00
DVD	04	6,00
Pen drive	03	90,00
Transporte (ônibus)	360	468,00
TOTAL		

APÊNDICE B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº

2011/0002

DE: **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DATA: 16/03/2011

PARA PESQUISADORES: MARIA BETINA CAMARGO BUB ;
ALESSANDRA VIEIRA;
GABRIELE BADE

ASSUNTO: **PARECER CONSUBSTANCIADO**

PROJETO DE PESQUISA : MORBIMORTALIDADE EM UTI NO PERÍODO DE 2001 À 2005: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM.

PARECER: O presente trabalho tem por objetivo dar continuidade ao levantamento de dados iniciado por um outro trabalho, apresentado no primeiro semestre de 2010, relativo ao perfil de morbidade em UTI.

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, cujo os dados serão coletados no livro de registros da UTI.

Os sujeitos da pesquisa serão representados pelos dados registrados de pacientes internados na UTI do HGCR no período de janeiro de 2001 à dezembro de 2005.

O presente trabalho está de acordo com a resolução 196/96 CNS.

Tem relevância, pois pretende proporcionar a construção de uma sistematização da assistência de enfermagem e o número de funcionários necessários para o setor.

Diante do exposto classificamos o Projeto de Pesquisa como: **APROVADO.**

ORIENTAÇÕES GERAIS: Salientamos a necessidade de encaminhar ao CEP relatórios trimestrais com o andamento da pesquisa e, **ao término do trabalho, uma cópia impressa e uma em CD, com extensão.pdf (conversão de arquivo MS-Word para Acrobat Reader – PDF) entregues neste Comitê.**

As alterações no protocolo e notificações de eventos adversos, que possam trazer prejuízo aos sujeitos da pesquisa, devem ser comunicadas imediatamente ao CEP, para nova análise e devidas providências.

Carla Pauli
Coordenadora do CEP/HGCR